

## ALLEGATO 6

### MODELLO FAC-SIMILE DI PIANO TERAPEUTICO<sup>1</sup>

. • AZIENDA OSPEDALIERA \_\_\_\_\_  
. • ASL. N° \_\_\_\_\_  
. • A.O.U \_\_\_\_\_

Nome e Cognome dell'assistito \_\_\_\_\_ Età \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ Sesso M ☐ F ☐ Codice fiscale \_\_\_\_\_ Indirizzo \_\_\_\_\_

U.S.L. di residenza dell'assistito \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_

Regione \_\_\_\_\_

Medico curante \_\_\_\_\_

Diagnosi \_\_\_\_\_

Formulata in data \_\_\_\_\_ da :

Clinica Universitaria \_\_\_\_\_

Centro / ambulatorio specialistico \_\_\_\_\_

Reparto Ospedaliero \_\_\_\_\_

Day Hospital \_\_\_\_\_

Sede \_\_\_\_\_

Programma Terapeutico:

Farmaco/i Prescritto/i (specialità)

Posologia \_\_\_\_\_

Durata prevista del trattamento \_\_\_\_\_

Timbro e Firma del Medico Prescrittore<sup>2</sup> Data

<sup>1</sup> Da redigere in triplice copia e inviare al Servizio Farmaceutico della ASL di residenza dell'Assistito ed al Medico Curante che ha in carico l'Assistito

<sup>2</sup> Timbro della struttura autorizzata (Centro di Riferimento, Timbro e firma del Medico Prescrittore)